

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica - DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - ESTRATÉGIAS PARA ATENUAR A PROGRESSÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA**PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 11, DE 16 DE SETEMBRO DE 2024**

Nome do Paciente: _____ Data do atendimento: ____/____/____

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

1. Qual o estágio da doença renal o (a) paciente se encontra? Assinalar com um X.

- a) () N18.2 – Doença Renal Crônica estágio 2;
b) () N18.3 – Doença Renal Crônica estágio 3;
c) () N18.4 – Doença Renal Crônica estágio 4;
d) () N18.5 - Doença Renal Crônica estágio 5.

2. Quais fatores de risco para o desenvolvimento e a progressão da doença o (a) paciente apresenta? Assinalar com um X.

- a) () diabetes;
b) () hipertensão;
c) () senilidade;
d) () obesidade;
e) () antecedentes de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);
f) () histórico de DRC na família;
g) () tabagismos;
h) uso de agentes nefrotóxicos;
i) () doenças glomerulares;
j) () doenças genéticas (incluindo a doença renal policística autossômica dominante).

3. O (a) paciente apresenta marcadores de dano renal parenquimatosos? Assinalar com um X.

- a) () albuminúria ≥ 30 mg/24 horas ou RAC ≥ 30 mg/g (anexar o exame que comprova);
b) () hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS) (anexar o exame que comprova);
c) () alterações eletrolíticas ou anormalidades tubulares (anexar o exame que comprova);
d) () alterações detectadas por histologia, pela biópsia renal (anexar o exame que comprova);
e) () alterações nos exames de imagem como rins policísticos, hidronefrose, cicatrizes corticais ou alterações da textura cortical, estenose da artéria renal (anexar o exame que comprova).

4. O (A) paciente está em uso de terapia padrão com medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA)?

() Sim () Não

Se Sim, informar quais os medicamentos em uso: _____

5. O (A) paciente é diabético?

() Sim () Não

Se Não, anexar exame de RAC maior que 300 mg/g.

6. O (A) paciente já iniciou a terapia renal substitutiva ou realizou transplante renal?

() Sim () Não

6. O (A) paciente apresenta algum tipo de intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso, ou contraindicações ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizado neste Protocolo?

() Sim () Não

Assinatura e carimbo do médico